

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Impact de l'exercice en MSP sur la collaboration médecins généralistes –
kinésithérapeutes.
Une étude qualitative en miroir par entretiens semi-dirigés**

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 16 Octobre 2024 à 14H00 au
Pôle Formation

par Antoine LAINE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Vincent TIFFEREAU

Assesseurs :

Monsieur le docteur David WYTS

Monsieur le docteur François WUYDIN

Monsieur le docteur Alain CHEVUTSCHI

Directeur de thèse :

Monsieur le docteur François WUYDIN

LISTE DES ABREVIATIONS

IESCA Institut d'enseignement secondaire complémentaire catholique

MSP Maison de santé pluriprofessionnelle

ARS Agence régionale de santé

DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique

MKDE Masseur kinésithérapeute diplômé d'Etat

CSP Code de la santé publique

SS Sécurité sociale

JO Journal officiel

CDOMK Conseil de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes

ALD affection longue durée

ROSP rémunération sur objectif de santé publique

CNAM Caisse nationale d'assurance maladie

PACA Provence-Alpes-Côte d'Azur

MG Médecin généraliste

CPTS communauté professionnelle territoriale de santé

ESP équipe de soins primaires

FMC formation médicale continue

DU diplôme universitaire

IVG Interruption volontaire de grossesse

RDV rendez-vous

LOSC Lille Olympique sporting club

NGAP nomenclature générale des actes professionnels

DAC dispositif d'appui à la coordination

DMP dossier médical personnel/partagé

IGAS Inspection générale des affaires sociales

FEMAS Fédération de l'exercice coordonné pluriprofessionnel

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	6
II.	QUESTION DE RECHERCHE	8
III.	PRESENTATION DES ACTEURS	9
A.	Les maisons de santé pluriprofessionnelles.....	9
1.	Définition et buts	9
2.	Développement et incitations	10
B.	La kinésithérapie une discipline en plein dynamisme.....	11
1.	Une discipline jeune.....	11
2.	Une profession de plus en plus valorisée et reconnue.....	12
3.	Un dynamisme démographique	13
C.	La médecine générale une discipline en crise.....	14
1.	Une crise démographique.....	14
2.	Une évolution profonde et durable de l'activité	14
3.	Une profession de plus en plus encadrée.....	15
4.	Une souffrance au travail.....	16
D.	Interactions entre les acteurs.....	17
1.	Interactions entre les représentants des deux professions.....	17
a.	Des prescriptions médicales insatisfaisantes pour les kinésithérapeutes	17
b.	Une méconnaissance du métier de MKDE par les MG.....	18
c.	Un problème d'image de la profession	18
d.	Un problème de réseau	19
e.	Une communication insuffisante.....	19
f.	Le Temps.....	20
2.	Retour des professionnels exerçant en MSP	20
IV.	MATERIEL ET METHODE	22
V.	ANALYSE ET RESULTATS	24
A.	Caractéristiques de l'échantillon	24
B.	Résultats	26
1.	Communication entre professionnels.....	26
a.	Canaux de communication	26
b.	Circonstances amenant à communiquer.....	27
c.	Communication avec les professionnels de la MSP	28
d.	Communication avec les professionnels Hors MSP.....	30
e.	Le patient vecteur de communication.....	30

f.	Place du bilan kiné	31
2.	Connaissance mutuelle des professionnels	34
a.	Modification des connaissances	34
b.	Mode d'apprentissage	35
c.	Connaissance et valorisation des formations complémentaires.....	37
3.	Relations entre professionnels	38
a.	Lien de subordination médecin-kiné	38
b.	Relation de confiance	40
c.	Nature des relations entre professionnels de la MSP	41
d.	Nature des relations entre professionnels hors de la MSP	42
e.	Influence du sentiment du patient	43
4.	Réseau professionnel.....	44
a.	Réseau professionnel intra-MSP	44
b.	Réseau professionnel extra-MSP	45
5.	Satisfaction relative aux prescriptions	47
a.	Impact de la MSP	47
b.	Modification des pratiques.....	48
c.	Processus mis en œuvre	49
d.	Pistes d'améliorations	51
6.	Temps collaboratif	51
a.	Temps d'échanges entre professionnels de la MSP	51
b.	Temps d'échanges entre professionnels hors MSP	53
VI.	DISCUSSION	54
VII.	LIMITES ET PERSPECTIVES	58
VIII.	BIBLIOGRAPHIE.....	60

I. INTRODUCTION

Diplômé en masso-kinésithérapie en 2008 à l'IESCA de Charleroi, j'ai pu percevoir pendant mon bref exercice professionnel en tant que kinésithérapeute avant d'envisager un cursus médical, un cloisonnement des professions.

Dès la formation, en école de kinésithérapie, je n'ai pas eu l'occasion de partager un socle commun de formation avec le corps médical. Les médecins me semblaient être une corporation difficilement approchable.

En tant que libéral exerçant en cabinet de groupe de kinésithérapeutes en Guyane Française, exerçant exclusivement au cabinet, il n'existait aucune interaction entre les médecins prescripteurs et moi-même ou entre les autres kinésithérapeutes du cabinet et des médecins généralistes. Par la suite sur la métropole lilloise avec la modification du mode d'exercice et du profil de ma patientèle, plus âgée, les interactions étaient plus fréquentes mais superficielles, par le biais du patient ou furtivement lors de rencontres non programmées au domicile.

Afin d'élargir le champ de mes compétences de prise en charge des patients et d'assouvir ma curiosité et mon savoir médical, j'ai entrepris de reprendre des études médicales, nourrissant l'ambition de devenir médecin généraliste.

Ces études médicales n'ont pas fait à mon goût une grande place, ni à la kinésithérapie, ni aux autres professions paramédicales ou médicales. La coordination ou la collaboration entre médicaux et paramédicaux, et les outils de leur mise en place n'ont pas, selon moi, été théoriquement enseignés. Les rapports entre les différents acteurs n'étaient pas les mêmes, en fonction des services et des stages que j'ai pu réaliser.

Ainsi il m'a été donné de constater une plus grande proximité entre médecins et infirmiers, médecins et kinésithérapeutes lors de mes stages chez le médecin généraliste, une relation plus horizontale comparativement à la verticalité rencontrée dans les services hospitaliers. Et ce tout particulièrement lors d'un stage réalisé en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

La dichotomie de mon vécu en tant que paramédical libéral et ce ressenti lors de stage en tant que médecin généraliste en formation a été l'occasion de nourrir des interrogations, portant sur le relationnel entre les kinésithérapeutes et médecins exerçant au sein de ce type de structure.

II. QUESTION DE RECHERCHE

Comment l'exercice professionnel au sein d'une MSP impacte-t-il la collaboration entre les médecins généralistes et les kinésithérapeutes ?

III. PRESENTATION DES ACTEURS

A. Les maisons de santé pluriprofessionnelles

1. Définition et buts

La loi Fourcade du 10 août 2011 pose un cadre juridique pour les MSP :

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé »

La formation de ces structures a également pour but, en sus des points abordés dans la définition même d'une MSP, d'améliorer l'accès aux soins avec en cas de vacation d'un professionnel, d'ouvrir la possibilité de relai de prise en charge par les autres membres de la structure, et vise à permettre de satisfaire la demande de soins non programmés d'un territoire.

En mutualisant les moyens et en regroupant les acteurs, on tente aussi de favoriser les échanges entre les professionnels portant sur les situations de patients, d'améliorer leur qualité de prise en charge et la réactivité.

2. Développement et incitations

Les MSP ont été introduites dans le code de la santé publique le 19 décembre 2007 (1). Mais c'est à partir de 2018 que ce mode d'exercice fait l'objet d'une véritable stratégie nationale de santé par le gouvernement, avec pour but affiché de faciliter l'accès au soin et la permanence des soins, en luttant contre les inégalités territoriales en dépit d'une baisse du nombre de médecins généralistes. L'accent est également mis sur la prévention et la qualité des soins. (2,3)

Le développement des MSP répond donc à une orientation voulue par le ministère de la santé.

L'ARS des Hauts de France rapporte qu'un objectif lui avait été formulé en terme de nombre de MSP à développer sur la période 2018-2022, et elle assure avoir mis les moyens pour parvenir à cet objectif. Un budget annuel moyen de 1,5 million d'euros vise à accompagner les MSP à toutes les étapes de leur développement ou dans l'accompagnement de leur fonctionnement. Ainsi l'objectif de développer 174 MSP au 31 décembre 2022 a été atteint et dépassé avec plus de 200 structures de cette nature à cette même date. (4,5)

Outre les intérêts organisationnels inhérents à l'exercice de groupe et évoqués précédemment, les professionnels y trouvent également un intérêt financier.

Ainsi L'assurance maladie rapporte qu'une MSP a en moyenne pour l'année 2019 perçu 70 000 euros de rémunération spécifique en contrepartie d'engagements contractuels portant sur accès aux soins, la coordination et l'information. Il appartient à la MSP de répartir entre ces membres ces sommes perçues. (6)

A titre individuel une étude de la DREES rapporte également que les revenus des médecins généralistes de MSP progressent plus rapidement que ceux de leurs homologues ayant opté pour un autre mode d'exercice. En dépit d'un nombre d'actes identiques cela pourrait être imputable à une patientèle, et donc un forfait médecin traitant, plus conséquent. (7)

B. La kinésithérapie une discipline en plein dynamisme

1. Une discipline jeune

Naît de l'initiative de médecins vers la fin du XIXème siècle dans une société hygiéniste et souhaitant valider scientifiquement un ensemble de pratiques ancestrales, la Société de Kinésithérapie voit le jour en 1900 et œuvre à faire valoir les qualités thérapeutiques de certains agents physiques et de la gymnastique médicale. (8)

Ce n'est qu'après la seconde guerre mondiale, et faute de médecins qualifiés, que la profession de MKDE voit le jour officiellement avec la loi n°46.857 du 30 avril 1946, afin de pouvoir déléguer ces tâches à des auxiliaires médicaux.

En 2006 le conseil de l'ordre des Kinésithérapeutes est fondé.

En 2021 le décret du 13 août accorde aux MKDE le grade universitaire de MASTER.

Basée sur un savoir empirique, la multiplication des protocoles de recherches et la sensibilisation au cours des études à l'Evidence Based Practice cherche à modifier les pratiques des MKDE. (9)

2. Une profession de plus en plus valorisée et reconnue

Depuis le début des années 2000, la discipline s'est vue de plus en plus reconnue par les instances gouvernementales et son champ de compétences s'élargit au fil des réformes.

Ainsi le kinésithérapeute s'émancipe de la tutelle du médecin pour déterminer seul les techniques à mettre en œuvre, le nombre de séances nécessaires, certains actes médicaux peuvent lui être délégués, et le MKDE peut même dans certains cas devenir prescripteur (rapport Broca de 1999, décret du 22 février et 27 juin 2000, article L.4321-1 du CSP 2002). (10)

Cette tendance à l'élargissement du champ de compétences des MKDE s'est accélérée ces dernières années avec la loi de modernisation de la santé de Marisol Touraine n°2016-41 du 28 janvier 2016, qui dans le même temps, renforce l'indépendance de la profession et lui accorde un statut protégé avec la création d'un délit d'exercice illégal de la kinésithérapie.

En 2022 le projet de loi de financement de la SS publié au JO le 24 décembre 2021 permet selon des dispositions particulières, notamment l'exercice au sein d'une MSP, un accès direct à des séances de kinésithérapie pour des motifs limités. (11,12,13)

Toutes ces avancées, si elles sont saluées par les instances représentatives de la profession, semblent, aux yeux du conseil de l'ordre des kinés, insuffisantes. Ainsi le CDOMK plaide pour un élargissement des compétences (12,14) des kinésithérapeutes portant sur :

- Droit de prescription d'examens d'imagerie
- Droit de prescription d'arrêts maladies
- Capacité de prescription d'antalgiques
- Liberté de prescription de séances de rééducation

Ces revendications sont conformes à l'évolution mondiale de la kinésithérapie, et à l'évolution des attentes de prise en charge dont ils sont investis. Le développement de l'ambulatoire, de nouvelles techniques de prise en charge, la formation continue et l'histoire même de cette profession vont dans le sens de la délégation de tâche du médecin vers le kinésithérapeute. (15)

3. Un dynamisme démographique

En 2022 le rapport sur la démographie de la profession édité par le CDOMK faisait état de 97790 inscrits pour une moyenne d'âge de 41,31 ans (16).

Selon une étude du DREES (17) : *« Dans l'hypothèse où les comportements seraient constants et les politiques en vigueur maintenues, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes devrait augmenter de 57 % entre 2016 et 2040 pour s'élever à 133 000 en 2040. Cette hausse, nettement supérieure à celle de la population française, entraînerait une forte augmentation de la densité, de 44 %. L'offre de soins progresserait même plus vite que les besoins : la densité standardisée par la consommation de soins de la population augmenterait de 20 %. »*

Les perspectives susmentionnées partent des postulats suivants : le maintien des quotas de formation des étudiants MKDE ainsi que de la persistance des flux migratoires positifs de diplômés représentant 30% des nouveaux MKDE.

C. La médecine générale une discipline en crise

1. Une crise démographique

Si le nombre total de médecins inscrits à l'ordre augmente, c'est essentiellement du fait des retraités conservant une activité partielle. La proportion des médecins ayant une activité régulière ne cesse de se réduire. Elle représentait 76,5% des inscrits en 2010 pour être réduite à 63,5% en 2021.

Concernant spécifiquement la médecine générale sur la période 2010-2022 les médecins généralistes en activité régulière ont vu leur effectif se réduire de 11% soit 10 128 médecins et la tendance baissière devrait se poursuivre selon les projections jusqu'au moins 2025 (18). La densité médicale, standardisée à la croissance démographique et l'accroissement de la demande de soins, retrouverait son niveau actuel dans le milieu de la décennie 2030 pour progresser de 23% par rapport à l'offre actuelle en 2050 (19). Cependant ces projections ne détaillent pas la place que prendrait la médecine générale dans cette offre de soins.

2. Une évolution profonde et durable de l'activité

La valorisation financière du travail du médecin généraliste est basée pour 85% sur l'activité. Cela a pour effet de favoriser le soin non programmé, les consultations rapides non-demandeuses de temps de coordination, et au motif de recours unique.

Or, l'évolution démographique de la population française induit une croissance de la demande de soins, de pathologies chroniques et des patients polypathologiques, complexifiant les prises en charges, avec de surcroît une possibilité restreinte de recours aux soins hospitaliers. (20)

Entre 2011 et 2015 les dépenses de santé ont bondi de 8,9%, et la moitié de la hausse des dépenses de santé est imputable à des évolutions démographiques : accroissement démographique et vieillissement... Ce vieillissement s'associe à une augmentation de la prévalence des patients en ALD, à une hausse de leur nombre pour un même âge, et à une hausse de leur consommation de soins. (21, 22)

La situation actuelle n'est donc ni adaptée ni propice à inciter les médecins à s'investir dans des projets de prévention ou de collaboration, et n'est pas non plus adaptée à la nature même d'une consultation médicale qui est en pleine mutation compte tenu de l'évolution des besoins de la population.

3. Une profession de plus en plus encadrée

L'histoire récente de la profession est marquée par une conflictualité avec les instances publiques. Depuis 1945 la base de remboursement par le régime obligatoire est fixée à 70% du tarif. Le refus par les syndicats de médecins du conventionnement et donc de la maîtrise de leurs tarifs limite l'accès aux soins ambulatoires jusqu'en 1960. A cette date l'état contourne les syndicats en proposant un conventionnement individuel aux médecins. Cela permet un élargissement inédit de l'accès aux soins (23).

Avec l'étatisation progressive de la sécurité sociale, la couverture sociale s'élargit avec la prise à son compte des frais des affections longues durées ou des hôpitaux. Mais l'état assure également la rentabilité de l'industrie pharmaceutique et des complémentaires santé par la gestion du petit risque. L'explosion du coût des dépenses de santé pousse l'état à encadrer davantage les pratiques dans les années 90.

A la régulation des prix, succède donc une régulation des pratiques par leur standardisation, en accord avec l'Evidence Based Medicine. Cette standardisation permet un meilleur contrôle de l'activité du médecin (nomenclature, ROSP) mais également du mode d'exercice (carte vitale, informatisation, certificat etc..).

La maîtrise de la dépense publique en matière de santé conduit l'état à préférer limiter l'évolution des tarifs des praticiens plutôt que d'accroître les cotisations sociales.

Plus actuel, les négociations conventionnelles de la CNAM 2023 ont mis en évidence la tentative de l'état d'orienter dans ses pratiques la profession, au travers de tarifs dissociés revalorisant le médecin exerçant, entre-autre, au sein de MSP. (24)

4. Une souffrance au travail

Les médecins généralistes en France, sont des professionnels en souffrance ; 1 à 4% d'entre eux selon les études, présentent un syndrome complet de Burn out. Ce syndrome comprenant 3 dimensions : Epuisement émotionnel, présent chez la moitié des médecins généralistes ; une déshumanisation de la relation concernant 16% des médecins ; un sentiment d'échec professionnel éprouvé par 2% des médecins (25,26).

Outre ce syndrome d'épuisement professionnel, l'association entre troubles anxiodépressifs, suicides et consommation de psychotropes est plus élevée chez la population de médecins généralistes qu'en population générale.

L'exercice solitaire semble renforcer cet épuisement professionnel.

Cette souffrance est tant liée au mode d'exercice qu'à la charge de travail élevée. Ainsi en PACA, où la densité médicale est plus élevée, le taux de Burn out est plus faible (1%).

D. Interactions entre les acteurs

1. Interactions entre les représentants des deux professions

Parallèlement aux mesures d'élargissement de compétences des MKDE, des contreparties sont attendues quant à la collaboration interprofessionnelle et la coordination des soins. Le décret du 27 juin 2000 introduit l'obligation d'un bilan diagnostic dès la réalisation de 10 séances de kinésithérapie avec élaboration d'un protocole de soins et des objectifs définis (27). Ce bilan est à tenir à disposition du médecin selon les dispositions de la modification de l'article R. 4321-2 du code de la santé publique (28), qui mentionne une fiche de protocole de soins, de synthèse et bilan post prise en charge.

On perçoit le souci des autorités sanitaires d'améliorer la collaboration entre les acteurs de santé. En dépit de ces réformes, des travaux documentent des freins à une relation pleinement collaborative (29,30,31,32).

On peut ainsi les classer en différentes catégories :

- a. Des prescriptions médicales insatisfaisantes pour les kinésithérapeutes

Cette insatisfaction comporte plusieurs aspects : des ordonnances comportant encore souvent les mentions quantitatives et qualitatives quant à la rééducation ; un diagnostic parfois incomplet ou isolé sans informations complémentaires quant à

l'objectif attendu de la prise en charge, les examens complémentaires réalisés ou les antécédents personnels du patient.

Les kinésithérapeutes font clairement un distinguo entre les médecins généralistes et les autres spécialités médicales qui partagent plus régulièrement l'information médicale via un courrier adjoint à l'ordonnance.

Pour certains le diagnostic même ou l'indication de la rééducation sont remis en cause, avec le sentiment qu'il s'agit davantage de prescription de complaisance ou d'une issue en cas d'impasse thérapeutique.

b. Une méconnaissance du métier de MKDE par les MG

Sentiment partagé tout à la fois par les médecins que par les MKDE. Cette méconnaissance du métier de kinésithérapeute est parfois perçue comme un désintérêt de la part des médecins. La plupart du temps elle est mise en rapport avec une formation initiale insuffisante.

Les kinésithérapeutes reprochent aux médecins de ne pas tenir compte des spécialités d'exercices et formations complémentaires dont ils ont pu bénéficier, de ne pas le percevoir dans l'adressage des patients.

c. Un problème d'image de la profession

Les kinésithérapeutes souffrent d'un déficit d'image. Au près de leur patient qui place le médecin sur un piédestal, mais également au près de certains médecins. Le sentiment persiste d'être un auxiliaire de soins, tributaire des prescriptions pour son exercice professionnel, et de ne pas être investi de confiance par le médecin.

Cette notion de déficit de confiance est abordée par des membres des deux corporations, expliqué par le retour parfois négatif des patients, mais également les

mauvaises pratiques de soins de certains kinésithérapeutes qui ombragent la profession entière.

d. Un problème de réseau

Cette notion est fréquente mais très variable selon le mode d'exercice.

Certains facteurs limitant l'isolement professionnel ont été clairement établis, ainsi les interactions entre les médecins et MKDE sont plus aisées en milieu rural et en cabinet de groupe pluriprofessionnels.

Pour d'autres, les contacts se limitent à leur présentation initiale lors de l'installation, aux ordonnances de prescription ou à des rencontres furtives non programmées au domicile.

e. Une communication insuffisante

La communication est souvent à l'initiative du MKDE, et ce lorsque la prise en charge n'évolue pas favorablement.

Le bilan kiné ; outil de communication souhaité par l'Etat ne retrouve pas un franc succès dans la collaboration. Jugé trop complexe par les kinés et les médecins. C'est pour certains kinés un outil personnel d'évaluation du travail fourni, pour d'autres une obligation administrative, ou encore une perte de temps.

En dépit des obligations susmentionnées, il n'est pas mis en œuvre systématiquement, et les médecins ne se sont pas saisis non plus de cet outil, les kinés le réalisant n'ayant que peu de retour de leur part.

Le téléphone est assez facilement saisi en cas d'urgence mais la disponibilité du médecin n'est pas constante et l'accueil parfois frais.

Les messageries sécurisées, mails ou logiciels partagés bénéficient d'une perception favorable par les acteurs mais sont rarement mis en œuvre, question d'accessibilité budgétaire.

Pour les professionnels exerçant en groupe pluriprofessionnel, la communication favorite reste les réunions improvisées lors d'une « pause-café », vecteur de convivialité.

f. Le Temps

Les MKDE et les MG sont des professionnels de santé libéraux et tous s'accordent à reconnaître que le manque de temps est un facteur majeur du manque de coordination entre les deux corporations.

2. Retour des professionnels exerçant en MSP

Le développement des MSP est basé sur une interdépendance. L'Etat est dépendant des acteurs libéraux pour développer cet outil de prise en charge en soins primaires, à travers son adoption par les professionnels de santé libéraux. Ces derniers en contrepartie consentent à voir l'Etat s'immiscer dans certains aspects de leur exercice, tels le lieu d'exercice, la permanence des soins, l'organisation de la coordination. (33)

Mais cette perte de liberté et ce contrôle de leur activité, si elles sont rapportées par les acteurs de MSP, est consentie. Le souci de la permanence des soins, l'attrait de ces structures auprès des jeunes professionnels et le gage qu'un exercice pluriel permet de se libérer du temps contrebalancent cette perte d'autonomie.

Autre point, la possibilité d'interprétation des conditions d'accession au statut de MSP. Ainsi rien ne définit ce qu'est une réunion de coordination et les protocoles de soins

restent assez flous. De même le statut de MSP permet souvent de formaliser des pratiques déjà développées par les professionnels avant ces structures (coordination des soins ; permanence de soins...) (34)

Les MSP restant des dispositifs jeunes, le recul manque pour juger l'impact sur les professionnels de ces structures sur leur autonomie. En revanche l'atteinte des objectifs fixés dans le développement des MSP n'était pas atteint d'après une étude conduite par Sebai J, Yatim F en 2017 (33). L'Etat, une fois ces structures mises en place, pourrait renforcer les contrôles d'atteinte des objectifs.

IV. MATERIEL ET METHODE

Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons à des rapports professionnels influencés par l'expérience de l'exercice en MSP. Les outils d'analyse quantitative sont inadaptés à l'étude de la composante subjective et émotionnelle que sous-tend les rapports sociaux entre interrogés ; leur vécu ; leur expérience, c'est pourquoi on optera ici pour une étude qualitative que l'on peut qualifier de phénoménologique et interprétative, car elle s'attache à donner du sens, trouver une signification à des phénomènes sociaux au travers de l'expérience. (35,36, 37)

L'objectif de cette étude est de juger de la transférabilité des résultats présentés dans de précédents travaux de thèse portant sur la collaboration entre les médecins et les kinésithérapeutes à des populations de professionnels exerçant en MSP.

Elle est fondée sur des entretiens semi dirigés, conduits auprès de médecins généralistes et de kinésithérapeutes exerçant au sein d'une MSP. Elle procède donc d'un abord déductif sondant les thèmes préalablement établis à l'analyse, visant la collaboration entre professionnels de MSP. (38)

Afin d'éviter tout biais d'autorité ou d'influence, les entretiens étaient individuels et l'étude a été construite en miroir afin de juger d'analyser le sentiment chaque corporation portant sur la collaboration lors d'un exercice en MSP. L'étude comportera donc deux populations : une population de MKDE exerçant en MSP et une population de MG exerçant en MSP dans les Hauts de France, au nord de la métropole lilloise. Les critères d'inclusion à l'étude : être MG ou MHDE ; exercer en MSP comportant au moins un kinésithérapeute.

Le recrutement s'est des participants s'est fait sur la base du volontariat. Le démarchage fut téléphonique, via les données disponibles sur la FEMAS et l'ARS, et physique, par effet boule de neige au sein d'une MSP.

La taille de l'échantillon a été définie par épuisement des réponses favorables à la participation de ce projet.

Les entretiens et le recrutement se sont étalés de septembre 2023 à décembre 2023.

Les entretiens semi-dirigés ont été recueillis, selon les préférences des participants en terme organisationnel, soit sur leur lieu d'exercice, en présentiel, soit par interface numérique, en visioconférence ou entretien téléphonique via WhatsApp. Après une présentation de l'objet de l'étude, les entretiens ont suivi une grille thématique prédéfinie et déduite des travaux précédemment conduits (29,30,31). Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone, anonymisés, retranscrits sur Word et doublement encodés manuellement via le logiciel Nvivo. Puis les données ont été analysées et discutées.

L'étude est a été soumise à un accord préalable du comité de protection des personnes à des fins d'éthique. Les participants ont donné leur accord oral pour l'exploitation des données recueillies lors de l'entretien, et ont été assurés du maintien de leur anonymat.

V. ANALYSE ET RESULTATS

A. Caractéristiques de l'échantillon

Le panel de MG et de MKDE ayant participé à cette étude est de 5 pour chaque corporation. Les principales caractéristiques de chaque échantillonné ont été reportées dans les tableaux ci-après, le premier décrivant les kinés notés de K1 à K5, le second portant sur les médecins généralistes, notés de M1 à M5.

	Sexe	Spécialité/ Formation complémentaire	Durée d'exercice	Durée de l'exercice en MSP	Type de MSP	Milieu d'exercice	Expérience antérieure
K1	M	Ostéopathie ; Drainage lymphatique ; soins palliatifs	38 ans	4 ans	MSP monosite ; existence 4 ans ; création	Rural	Exercice solitaire rural.
K2	F	Ecole du dos ; Pilate ; blessures du coureur	12 ans	2 ans	MSP multisite existence 2 ans, kiné et médecin dans des structures distinctes ; locaux préexistants	Urbain	Assistante, puis installée depuis 2017. Exercice solitaire dans un cabinet pluriprofessionnels sans médecin.
K3	M	Kiné du sport ; clinique du coureur ; Busquet chaînes physiologiques	9 ans	8 ans	MSP monosite ; existence depuis 2009 ; cabinet de groupe pluridisciplinaire préexistant	Semi- rural	1 an et demi de remplacements puis assistanat dans la MSP avant association.
K4	F	Rééducation périnéale	27 ans	15 ans	MSP monosite ; existence depuis 2009 ; cabinet de groupe pluridisciplinaire préexistant	Semi- rural	4 ans de remplacements avant d'intégrer le centre médical pluridisciplinaire qui deviendra MSP
K5	M	Formation kiné du sport en cours	1 an	1 an	MSP monosite ; existence depuis 2009 ; cabinet de groupe pluridisciplinaire préexistant	Semi- rural	Première expérience professionnelle

	Sexe	Spécialité/ Formation complémentaire	Durée d'exercice	Durée de l'exercice en MSP	Type de MSP	Milieu d'exercice	Expérience antérieure
M1	M	FMC	4 ans	4 ans	MSP monosite ; existence 4 ans ; création	Rural	Remplaçant dans la structure depuis 2 ans installé depuis 2 ans
M2	F	DU gynéco ; DU pédiatrie ; DU IVG médical	13 ans	3 ans	MSP monosite ; existence 4 ans ; création	Rural	2 ans de remplacements puis collaboration en exercice solitaire avant intégration à la MSP
M3	M	Maitre de stages universitaires ; FMC	35 ans	2 ans	MSP multisite existence 2 ans, kiné et médecins dans des structures distinctes ; locaux préexistants	Urbain	Installation en solo il y a 31 ans, rejoint par un second médecin il y a 6 ans.
M4	M	FMC	6 ans	2 ans	MSP monosite au sein d'une maison médicale ; tous les professionnels n'adhérant pas à la MSP ; structure préexistante	Urbain	4 ans de remplacements avant installation dans la MSP.
M5	F	FMC ; DU de soins palliatifs non achevé	30 ans	15 ans	MSP monosite ; existence depuis 2009 ; cabinet de groupe pluridisciplinaire préexistante	Semi-rural	7 ans de remplacements avant installation dans le centre médical qui deviendra MSP

B. Résultats

1. Communication entre professionnels

a. Canaux de communication

Parmi les différents canaux de communication qui ont pu être rapportés, tous mentionnent **les réunions mensuelles** ; assez favorablement à l'exception de M5.

- K3 : « *Il y a quand même des réunions qui sont prévues tous les mois* »
- M5 : « *Ici les réunions.... C'est toujours les mêmes qui causent* »

De manière **moins formelle la communication directe est plébiscitée** également, sauf pour K2 et M3 qui exercent en MSP dispersée et n'en font pas état.

- M4 : « *je regarde qui a le bureau ouvert, et si y en a un qui est ouvert, je rentre dedans et je discute avec lui* »

Les outils développés dans le cadre de la MSP du type **logiciels communs ou messageries cryptées ont été abordés mais de manière moins unanime** avec des réserves.

- K1 « *on avait le logiciel Hellodoc qu'on a viré c'était une catastrophe, ça fait un an qu'on paye nous les kinés mais on ne peut pas se raccorder dessus, c'est quand même ...bon. Donc là on va avoir Dr Santé où on pourra partager des choses et laisser des traces sur le dossier...* »
- K2 « *on a ce fameux logiciel qu'on a parce qu'il faut l'avoir* »
- M1 « *sur les 6 il y en a 3 qui sont plus jeunes qui contactent facilement via cet outil* »

Secrétariat, appels téléphoniques, textos, ou groupes de discussion étaient plusieurs fois mentionnés.

- K5 « *par l'intermédiaire des secrétaires* »
- M4 « *Je suis pour le fait d'appeler et décrocher* »
- M1 « *avec un petit message perso ou en discuter* »
- M3 « *on a un groupe WhatsApp* »

Globalement on peut constater une homogénéité des moyens de communication.

b. Circonstances amenant à communiquer

Les circonstances ne sont pas les mêmes pour les médecins ou pour les kinés. **Pour les médecins** il s'agit avant tout d'**obtenir des RDV en urgence** pour un patient dans un contexte de saturation de l'offre de soins.

- M2 « *quand j'ai besoin d'un rendez-vous en urgence* »
- K4 « *s'ils trouvent que c'est urgent* »
- K3 « *quand les patients ont besoin d'une rééducation très rapide, donc faut pas perdre de temps. Dans ce cas-là ils viennent voir pour que le patient soit, entre guillemets, prioritaire* »

Quant aux kinés, la circonstance la plus citée les amenant à **interpeller le médecin** porte sur la **stagnation ou une complication lors d'une prise en charge**.

- K1 « *un patient qui s'incrute et que on dit « on peut plus rien faire pour vous » ou « il faut faire autre chose » ou « là maintenant c'est fini », donc là ce serait bien de faire par le médecin* »
- K2 « *moi c'est une patho qui avance pas ou je trouve que ça s'aggrave ; y a un genou qui devient chaud, c'est bizarre ; faudrait peut-être ...* »

- K3 « *les 3/4 du temps, c'est sur des rééducations qui bloquent, où je suis dans une impasse avec un patient, où ça se passe pas comme il faut, soit pas assez vite. Ou alors un patient qui régresse* »
- M3 « *Par rapport à une situation où elle a pas l'impression de rendre service au patient* »

Avec une occurrence de 8 mentions sur 10 interrogés c'est le thème le plus abordé parmi médecins et kinés.

Hormis ces raisons on retrouve **également le partage d'informations, le renouvellement d'ordonnances, la demande d'examens complémentaires.**

- K3 « *on a plus de temps pour discuter de choses et d'autres, et surtout de tout le contexte, des fois psychosocial, familial et autre, et donc après ça permet aussi d'en rediscuter avec le médecin et d'apporter peut-être des fois des éléments qu'ils n'ont pas toujours.* »
- K4 « *est-ce que tu peux me faire une prescription* »
- M1 « *c'est « je me demande s'il faudrait pas faire tel examen complémentaire » ...* »

c. Communication avec les professionnels de la MSP

Si on devait qualifier la communication entre les professionnels exerçant en MSP, on soulignerait le caractère fluide et la **simplicité de la communication.**

- K5 « *parler sans chichis, sans protocole sans rien c'est beaucoup plus pratique* »
- K1 « *C'était déjà des bons rapports par rapport à tout le monde, mais là c'est vrai qu'ils sont sur place donc ça va encore plus vite* »
- M2 « *c'est plus facile de parler avec le kiné* »

- M4 « *ça se fait de manière hyper facile* »

Elle est également **informelle**, et si elle peut être à l'initiative de chacun des professionnels, elle **semble principalement du fait des kinés**.

- M5 « *je demande des nouvelles quand je les croise* »
- K3 « *la plupart du temps c'est en se croisant dans les couloirs, à l'accueil ou même des fois sur le parking* » ; « *je ne pourrais pas dire c'est plus les médecins qui viennent nous voir, ou nous qui allons plus voir les médecins ou les infirmières, c'est vraiment en fonction des besoins.* »
- K4 « *Dr **** Il va facilement venir me voir, il tape à la porte pour être sûr que voilà pour qu'on en discute, les autres c'est moi plus facilement qui vais vers eux* »
- M3 « *c'est plus à l'initiative du Kiné* »

Cette communication est **jugée favorablement** par tous les interrogés.

Son imputabilité à la forme collaborative de l'exercice a été toutefois pondérée par certains intervenants, évoquant l'**incidence de la structure avant la forme MSP en elle-même**.

- M4 « *régulièrement on discute dans le cadre de la maison médicale plus que de la MSP* »
- K4 « *déjà avant la maison de santé, le fait d'être un centre de santé on le faisait déjà* »
- K3 « *si je compare par exemple avec les CPTS, ben j'ai aucun, aucun contact avec des médecins de de la CPTS ou du moins qui sont actifs dans la CPTS. C'est quand même la structure qui aide.* »

d. Communication avec les professionnels Hors MSP

Concernant les contacts entre professionnels **hors MSP**, on rapporte une **communication beaucoup moins aisée, voire plus rare.**

- K2 « *Ben y en a pas de communication avec les autres* »
- K3 « *la communication elle est moins présente et moins systématique, et surtout moins directe* »
- K4 « *Avec les autres médecins, c'est sûr que c'est peut-être pas aussi fluide* »
- M2 « *on se parle un petit peu pas trop* »

De même, si on a pu voir précédemment que les échanges directs étaient plus fréquents, ici le **canal de communication** semble **différent.**

- K3 « *sauf exception, c'est que le patient qui véhicule le message* »
- K4 « *des fois les médecins de l'extérieur, on doit les rappeler « excusez-moi », voilà, c'est toujours embêtant* » ; « *on s'envoie des courriers, des fois on envoie des bilans* »
- K5 « *quand on n'est pas avec le praticien c'est tout de suite faire des démarches des courriers* »
- M3 « *en général quand c'est comme ça, il donne un mot aux patients* »

e. Le patient vecteur de communication

Le patient semble conserver une place importante dans la communication entre professionnels, mais peut-être davantage **dans le sens du kiné vers le médecin.**

- K2 « *je passe pas pour tous les patients directement avec le médecin. Faut quand même que le patient soit acteur de son traitement aussi* »

- K3 « *le fait d'avoir quand même un patient qui reste acteur de sa pathologie et qui prend l'initiative de raconter aux médecins ce qu'on fait, comment il le vit, ou de nous raconter à nous ce que le médecin lui a dit, je trouve que ça reste important* »
- M4 « *le Kiné dit au patient, « vous allez prendre rendez-vous avec votre médecin et vous allez en discuter de ça »»*

Cependant cette communication lui est confiée **quand la situation clinique et la rééducation ne semblent pas se compliquer.**

- K2 « *je prends pas mon téléphone, « il me faudrait une ordonnance » ou quoi que ce soit. Non, je laisse toujours quand même passer par le patient. »*
- M1 « *Quand le kiné n'en ressent pas le besoin il laisse le patient revenir me voir directement et puis c'est le patient qui explique les choses. »*

f. Place du bilan kiné

Le bilan de kinésithérapie, un outil, s'il est théoriquement obligatoire, qui n'est pas systématiquement réalisé, et qui **n'est pas un élément de communication**, de collaboration très développé.

- K1 « *Alors le bilan il est dans l'ordi quelque part* »
- K2 « *Je ne bilante pas* »
- K3 « *Il y a encore des bilans qui sont faits mais qui sont pas systématiquement transmis.* »
- K4 « *on va pas le faire pour tous les patients qui viennent pour une entorse de cheville* »

Parmi les kinésithérapeutes seul K5 dénotait dans sa rigueur vis-à-vis de la réalisation des bilans « *je fais un bilan pour chaque patient* », mais n'était pas systématique dans la communication « *si le médecin veut un exemplaire je transmets* ».

Ce constat est partagé par la plupart des médecins également.

- M1 « *on n'en discute pas trop du bilan* » ; « *au départ il les faisait* » ; « *maintenant je les reçois plus du tout* »
- M3 « *Si j'en ai vu 2 ou 3, c'est le maximum* »
- M4 « *j'en ai aucun écho* »
- M5 « *Ah ben ici ça n'existe pas* » ; « *il y a bien longtemps que les kinés ils oublient tout ça* »

Seul M2 semblait communiquer via cet outil et en avait un sentiment favorable : « *ce qui est bien ici c'est qu'ils nous font des bilans régulièrement* » ; « *je trouve que c'est bien* » ; « *ça nous permet de voir un peu ce qu'eux ont trouvé* ».

Le peu de place que tient le bilan s'explique, d'après les interrogés, par plusieurs éléments.

Une lourdeur administrative, une complexité du bilan.

- K1 « *plutôt que de faire un outil simple, ils l'ont compliqué* »
- K2 « *j'ai l'impression que ça va me mettre une surcharge de travail phénoménale* » M3 « *un truc en hébreu, un truc difficile à lire, bah ça vous donne pas trop envie* »
- M5 « *C'est la caisse de sécurité sociale qui demande ça, c'est pas de la médecine* »

Son manque d'utilité.

- K4 « *on doit faire un bilan pour confirmer que les séances sont nécessaires, ça, je trouve ça un peu ridicule* »
- K5 « *un bilan juste remplir les valeurs comme la CPAM le demande, pour moi ça ou rien c'est pareil* »
- M1 « *ça m'apportait pas grand chose pour moi* »

Un côté **chronophage** évoqué par K2 « *ça prend du temps et on refuse de 5 à 10 patients par jour donc je préfère prendre du temps pour un patient* ».

Également un **découragement des kinés du fait du manque de considération des médecins** pour cet outil.

- K2 « *hop ! Le médecin le regarde même pas, il met en dessous. Enfin il s'en fiche quoi, royal !* »
- K3 « *je faisais un bilan qui était mis dans le dossier du patient et au final, il était jamais lu ce bilan et on me reposait les questions..., justement quand on se recroisait posait les questions dont les réponses étaient dans le bilan* »
- K4 « *il y en a, ils le regardent pas* »
- M3 « *Est-ce que je les ai lus ? Je pense pas, non* »

Il semblerait que cet outil soit pour les kinés, plus intéressant dans le suivi du patient que dans la communication entre professionnels

- K5 « *Si on n'a pas un bilan de base on sait pas où est ce qu'on veut aller, on sait pas quel axe prendre, on va un peu à l'aveugle sans objectif précis* »
- K3 « *c'est plus un outil pour voir l'évolution du patient.* »
- M1 « *Je pense que c'est important pour le kiné* »

2. Connaissance mutuelle des professionnels

a. Modification des connaissances

Sur l'amélioration des connaissances du métier de kinésithérapeute portée par l'exercice en MSP les avis sont divers.

Les connaissances de base en kinésithérapie des médecins généralistes étaient, en dehors de M5, assez faibles à en juger l'auto-critique de ces derniers.

- M5 « *moi j'ai fait des stages où y avait des kinés et donc on était amenés à parler* »
- M3 « *moi j'avais jamais vu un kiné de près, hein. Ni pendant mes études ni à titre privé avant de m'installer. La première prescription de Kiné, je savais même pas comment ça se rédigeait.* »
- M2 « *je ne savais pas ce qui se passait dans un cabinet de kiné* »
- M1 « *c'est vrai que nous le métier de kiné on le connaît peu* »

L'impact de l'exercice en MSP pour les médecins semble ensuite être **pondéré par la forme d'exercice antérieur.**

M1 et M2 voient dans l'exercice en MSP une nette amélioration de leurs connaissances en matière de kinésithérapie avec le développement conjoint d'une activité de groupe et l'intégration d'une MSP.

- M1 « *je vois qu'ils ont des pratiques très différentes* »
- M2 « *je ne savais pas ce qui se passait dans un cabinet de kiné.* » ; « *j'ai découvert leur métier* »

Ceux qui ont connu un exercice préalable en cabinet de groupe pluridisciplinaire ne voient pas d'amélioration de leurs connaissances en kinésithérapie par l'exercice en MSP.

- M5 « *Ben non qu'est-ce que vous voulez qu'ils nous apportent ?* »
- M4 « *Le métier des kinés non, pas plus que ça.* »

M3 semble être dans un entre-deux, exercice solitaire passé mais MSP de forme particulière, en multisites « *on l'a tout par le petit bout de la lorgnette ou quand il y a un souci* ». K3 semble partager ce point de vue quant aux connaissances des médecins « *pour les médecins déjà en place, pas vraiment* ».

Mais pour ce qui est de l'impact de la MSP **pour les kinés**, sur leurs connaissances propres du métier de médecin, il n'y a **pas de réponse consensuelle**, pour K1 ses connaissances étaient déjà développées et n'étaient pas affectées, K2 trouvait un bénéfice à l'exercice coordonné, et K5 semblait indifférent à cette problématique.

- K1 « *Enrichi je dirai non* »
- K2 « *moi je découvre un petit peu plus aussi ce côté-là* »
- K5 « *non, parce que je ne m'intéresse pas à ce qu'ils font eux dans leur consultation* »

b. Mode d'apprentissage

L'**apprentissage** et l'amélioration des connaissances portant sur les différents corps professionnels lors de l'exercice en MSP est **composé d'une part d'éléments issus de la structure** même.

Au premier rang on retrouve **les réunions** de MSP, l'occasion d'échanger sur des situations ou transmettre diverses informations.

- K2 « *C'est des petites réunions, moi où j'ai assisté* »
- K4 « *pour l'uro, j'ai fait une réunion, j'ai expliqué ce que je faisais, ce que je pouvais apporter aux gens* »
- M3 « *quand on se rencontre pour les actions ou pour les mises au point* »
« *C'est lui demander de nous faire des topos* »

La composante universitaire via l'accueil d'étudiants stagiaires concourt également dans la constitution d'un socle de connaissances de base plus solide.

- K1 « *il y a les internes de médecine générale qui viennent en stage chez **** il nous les prête pour une journée ou deux* »
- K3 « *quelques internes qui sont venus passer une journée complète avec moi pour leur montrer un petit peu le métier de kiné* »
- M1 « *faire une journée à son interne chez chaque paramédical* »

En dehors de ce cadre institutionnel, la collaboration est également l'occasion de découvrir la profession de kiné par la **découverte des locaux et du matériel**.

- K4 « *des médecins qui sont venus voir* »
- M2 « *on a regardé un peu tout le matos de torture qu'ils avaient là* »
- M3 « *j'ai visité son cabinet* »

Les autres modes d'apprentissages rapportés étaient également **la communication**, **l'observation directe des pratiques**, **le recours aux soins**.

- K5 « *j'ai pu échanger sur certains bilans, certains tests diagnostiques* »
- M2 « *on discute pas mal de nos patients et tout ce qu'ils font* »
- M4 « *quand on discute de cas ou de prises en charge* »
- M3 « *on les voit travailler parce qu'on se croise pendant nos visites à domicile* »
- M5 « *j'ai fait de la kiné quand j'étais jeune* »

- M3 « *Il y a pas longtemps, j'ai eu affaire à elle parce que j'avais un problème de tendinite et de l'achilléen* »

c. Connaissance et valorisation des formations complémentaires

Kinésithérapeutes ou médecins généralistes, **tous savent les grandes orientations des professionnels avec qui ils travaillent**, mais avec toutefois moins de précision s'agissant des kinés envers les médecins.

- K2 « *Je ne sais pas exactement... je ne connais pas tout leur CV* »
- K3 « *Je sais que certains ici ont des spécialités (...) Mais après pour les autres, aucune idée* »
- K4 « *on sait qu'ils ont des spécialités quand même. Mais y a peut-être quelque chose à améliorer* »
- K5 « *sur les 6 ou 7 médecins qu'il y a, y en a 2 ou 3 je sais à peu près* »

Quant aux médecins et l'état de leurs connaissances des **formations complémentaires des kinésithérapeutes**, elles semblaient plus abouties, ou du moins **mises en valeur** dans l'adressage des patients entre-autre.

- K2 « *ils savent un petit peu ce que j'ai fait* »
- K3 « *un impact surtout, sur les formations qui font une prise en charge plus globale du patient* »
- M1 « *les patients qui ont des problèmes de vertiges on les adresse vers lui (...) les gens qui ont des pathologies du sportif surtout les coureurs à pied je les oriente vers eux (...) plutôt gériatrique je vais orienter vers lui* »
- M2 « *je connais pas tout par cœur mais je sais très bien orienter* »
- M4 « *J'essaie d'envoyer le plus possible des patients correspondants.* »

M3 semblait être le seul médecin peu au fait des formations et compétences de ses collaborateurs paramédicaux « *J'ai déjà entendu parler de choses comme ça, mais je maîtrise pas du tout* » « *Je pense que je n'utilise peut-être pas assez les capacités des kinés* »

Un autre aspect a été soulevé par M5, plus déontologique, le compérage « *c'est la grande mode dans la CPTS de savoir qu'untel fait ça et untel fait ça. Si vous voulez mon avis je suis contre ! c'est du copinage. Dans le temps c'était interdit !* ».

3. Relations entre professionnels

a. Lien de subordination médecin-kiné

Le sentiment d'infériorité des kinés peut être de nature intrinsèque, c'est-à-dire généré par les kinésithérapeutes eux-mêmes, ou extrinsèque, issu des rapports avec les médecins généralistes.

Sur ces points on ne ressent pas clairement l'incidence de l'exercice en MSP mais **la collaboration** entre professionnels semble aller **dans le sens de l'amélioration de l'estime et de la confiance en soi des kinésithérapeutes**, avec le concours des médecins.

- K2 « *J'ai toujours tendance un petit peu à me rabaisser et eux ont plus tendance à me revaloriser on va dire. Dans le bon sens donc pour moi* »
- K3 « *quand je suis arrivé, j'avais un petit peu peur. Ils disent « Ben c'est..., ce sont les médecins » et limite on attendait le dernier moment pour demander un renouvellement d'ordonnance, ou on faisait sous-entendre à la Secrétaire que ce serait peut-être bien que Monsieur ou Madame Untel ait une nouvelle ordo. Alors que bah fil du temps, on est quand même beaucoup plus direct,*

beaucoup plus à l'aise »

- K5 « *ça a un peu dédramatisé le fait de parler avec un médecin. A la fac, ils nous disent « attention les médecins faut être très protocolaire et parler avec de beaux mots, y aller tout doucement, pas amener d'idées d'un coup pour pas les brusquer »*

Les kinésithérapeutes les plus expérimentés eux font état d'une **évolution de la mentalité des médecins**, avec un effacement du lien de subordination médecin-kiné.

- K1 « *il y a des barrières qui sont tombées entre les générations que moi j'ai connu quand je me suis installé et les générations de maintenant c'est plus du tout la même chose »*
- K4 « *je trouve que ça il y a 10 ans, ou même encore 15 ans, on le sentait fort »*

Les médecins ont un point de vue assez homogène sur cet aspect, ils affirment ne **pas ressentir de sentiment de supériorité** ni considérer les kinésithérapeutes comme des auxiliaires.

- M2 « *on n'a pas... on n'a pas de piédestal nous les médecins »*
- M3 « *J'ai jamais pensé qu'il y avait quelqu'un supérieur à l'autre »*
- M4 « *je considère que les kinés ont au moins autant de connaissances que moi sur certains points »*

M1 fait le postulat d'un besoin de réassurance des kinés plus que d'un lien de subordination « *ils font plus confiance aux médecins qu'à eux-mêmes »*.

Cela étant, certains médecins tiennent néanmoins à conserver leur rôle dans la coordination et planification des soins.

- M2 « *ce qu'on n'aime pas trop des fois, c'est quand on nous dicte ce qu'on*

doit faire »

- M4 « *je pense que le médecin doit quand même être le décideur »*

b. Relation de confiance

La confiance des médecins envers les kinésithérapeutes exerçant en MSP est clairement perçue par ces derniers et exprimée par les médecins.

- K2 « *c'est justement parce qu'ils savent comment je travaille, qu'ils ont confiance en moi »*
- K4 « *ils nous font confiance »*
- M1 « *Mon examen je vais l'adapter en fonction de ce qu'il m'a dit aussi »*
- M4 « *j'ai plutôt tendance à faire confiance au kiné »*

Cette **confiance mutuelle serait vectrice de collaboration**, mais également **l'exercice collaboratif permettrait de renforcer cette confiance.**

- K1 « *déjà on a choisi de travailler ensemble, après on a repris des nouveaux professionnels de santé donc on les a un peu choisis quand même »*
- K2 « *Ils envoyaient facilement chez moi parce que j'ai des collègues dans le secteur où c'est l'usine comme on dit (...) c'est eux qui sont venus me chercher »*
- K3 « *ils nous voient travailler aussi, donc ils voient le nombre de patients qui rentre dans la journée »*
- M2 « *je sais à peu près comment travaillent nos kinés (...) les kinés qui travaillent pas ici je sais pas comment ils travaillent je connais pas leur salle je sais pas les machines ils ont je sais pas si ils prennent les gens en individuel je sais pas »*

Par ailleurs la profession ne semble pas souffrir de déficit d'image auprès des médecins qui avaient tendance à relativiser les potentielles dérives.

- M2 « *moi j'avais pas un mauvais jugement du tout* »
- M3 « *Tous les kinés ne sont pas pareils (...) on voit de tout dans leur métier, mais on voit tout aussi dans le nôtre* »
- M4 « *je pense que des mecs qui font pas bien leur boulot, il y en a partout, chez les médecins, chez les infirmiers (...) j'ai toujours eu une bonne opinion des kinés* »

c. Nature des relations entre professionnels de la MSP

Tous les interrogés rapportent de bonnes, voire **très bonnes relations**. Seule M5 déplore entretenir de mauvais rapports avec ses collègues de MSP « *il y a des animosités qui se font avec le temps, entre collègues, entre membres de la MSP* » (...) « *je suis le mouton noir* » (...) « *si j'étais jeune étudiante, je m'installerais toute seule* ».

Ce discours tranche avec la notion de « *lien privilégié* » dicit K4 qui ressort des avis des interrogés. Les rapports sont directs et rapides.

- K2 « *le patient quand lui appelle y a le barrage de la secrétaire il y a tout ça, tandis que moi j'arrive à appeler en direct et avoir tout de suite une petite réponse* »
- K4 « *facilement il va venir me voir (...) je vais facilement le faire pour lui* »
- K5 « *Je trouve qu'on est bien intégré en tant que kiné* »
- M1 « *je sais que je vais pouvoir discuter du patient avec le kiné directement* »
- M3 « *j'avais déjà un contact privilégié avec la Kiné avant* »

La relation **entre les professionnels de la MSP va également déborder du cadre professionnel**, faisant état d'une véritable convivialité au sein des structures.

- K1 « *on se croise quand même beaucoup, souvent, dans la vie professionnelle en dehors (...) et il y a l'after-réunion !* »
- M3 « *il nous arrive d'aller boire un coup ensemble ou d'aller manger au resto ensemble après une réunion* »
- M4 « *On fait des sorties assez régulières (...) aller voir des matchs du LOSC, du bowling, des trucs* »

d. Nature des relations entre professionnels hors de la MSP

K1 et K4 les kinés les plus expérimentés rapportaient avoir de **bons rapports avec les médecins extérieurs.**

- K1 « *on a gardé les relations qu'on a avec les médecins de **** on est pas... je suis parti mais on est pas fâché du tout, on bouffe encore régulièrement ensemble tout va bien* »
- K4 « *Les autres médecins, ça se passe bien (...) comme on est en campagne, ça c'est bien, il y a une relation différente* »).

K2 et K3 eux faisaient état de **rapports moins fréquents, d'une relation plus occasionnelle.**

- K2 « *on les rencontre pas* »
- K3 « *avec le plus gros pourcentage de médecins extérieurs, on a ...enfin, j'ai très peu de de liens, très peu de contacts* »

Cette relation était **parfois moins consensuelle** également.

- K2 « *j'ai déjà eu le tour, « il faudrait faire ça », « oui oui oui je vous le fais ». Et puis après là, en face « non mais la kiné elle se prend pour qui là ?* »

- K3 « *Il demandait une nouvelle ordonnance qui était faite ou non, en fonction si médecin acceptait ou pas* »

Les médecins sont plus en accord avec le point de vue de K2 et K3, ils dressent le constat d'une pauvreté voire d'**absence de rapports avec les kinésithérapeutes extérieurs.**

- M1 « *j'ai beaucoup moins de contact, j'en n'ai pas d'ailleurs (...) il y a même une kiné qui s'est installée dans le village de son côté, sans venir nous voir du tout sans rien dire* »
- M2 « *je les connais pas bien* » « *une fois sur 2 je suis pas forcément d'accord* »
- M3 « *J'ai pas de liens particuliers* »
- M4 « *les kinés en dehors de la maison médicale je les vois moins* »).

e. Influence du sentiment du patient

Les patients sont assez présents dans le retour d'expérience, **essentiellement du kiné vers le médecin.** Aucun n'interrogé n'a rapporté de critique du médecin auprès du kiné de la part des patients.

- K2 « *ils le ressentent sur le retour des patients la différence en fait* »
- M1 « *Les patients ils disent bien qu'avec tel kiné ils font tels exercices avec tel autre ils font d'autres choses* »
- M3 « *les patients nous disent facilement ce qui se passe quand même chez le kiné* »

Ces critiques **vont orienter les médecins dans leur adressage** des patients.

- M2 « *Quand ils disent « bon en fait je suis allé voir un kiné et il m'a foutu dans la salle pendant 45 min et il s'est pas occupé de moi » ils n'aiment pas trop, et ça revient pas du coup »*
- M4 « *Du coup, naturellement j'aurais tendance à pas toujours les envoyer là-bas »*
- M5 « *j'ai un patient qui là a changé de kiné et a dit « si seulement j'avais pris celui-là avant ben j'aurai peut-être plus de fuites ». Donc j'ai gardé le numéro de celui-là »*

En revanche, lors des entretiens il ne ressortait pas de dévalorisation des kinés de la MSP par les patients, ni de ressenti négatif des médecins sur les pratiques des kinés de la MSP.

- K4 « *les gens disent c'est bien que tout soit regroupé »*
- M1 « *Les patients ils font des retours positifs, négatifs, neutres. Mais ça change pas ma perception des kinés. Je pense pas en tout cas »*
- M2 « *pour les gens, t'es dans la MSP tu dois à-peu-près être docteur »*
- M5 « *j'ai deux trois patients qui ont des problèmes, j'en ai une qui a une grosse jambe parce qu'elle a eu un curage ganglionnaire et elle dit « c'est merveilleux, et elle fait presque rien »*

4. Réseau professionnel

a. Réseau professionnel intra-MSP

L'activité en **MSP participe à la formation d'un réseau professionnel** qui pour certains est privilégié, préférentiel.

- K2 « *on est vraiment entre nous »*

- K3 « *c'est vrai que préférentiellement on tourne assez rapidement vers nos médecins de la maison de santé ou nos infirmières ou podologues* »
- K5 « *la réputation de la maison médicale elle se reporte sur moi* »
- M1 « *l'objectif de la maison de santé c'est de créer des parcours de soins* »
- M2 « *quand mes patients demandent si je connais un bon kiné, bien sûr que je les adresse chez nous* »

Cependant cette **orientation des patients, du médecin vers les kinésithérapeutes de la MSP** semble pondérée par M3 et M4 qui exercent **en multisite et en MSP au sein d'un cabinet de groupe plus large** respectivement.

- M3 « *les patients ne savent pas automatiquement que la kiné fait partie de la maison de santé (...) je n'oriente pas spécialement mes patients vers elle* »
- M4 « *même si on a que 2 qui font partie de la MSP officiellement entre guillemets, les autres je les connais aussi bien* »

M5 semblait davantage critique vis-à-vis du réseau professionnel et de l'adressage au sein de la MSP « *vouloir que tout se fasse dans la maison de santé c'est illusoire* ».

b. Réseau professionnel extra-MSP

Certains acteurs de la MSP semblent cultiver un **réseau professionnel extra MSP, dès lors que des spécialités d'exercice ne font pas partie de leur structure.**

- K2 « *On a fait quand même intervenir une ergothérapeute qu'on a rencontré, une diététicienne oui, mais pas d'autres médecins, pas d'autres kinés, voilà pas d'autres professionnels de nos activités à nous quoi* »
- K3 « *Ça reste possible parce qu'après, dans notre maison de santé on a que, entre guillemets, médecins kinés infirmières et pédicure-podologues. Donc par*

exemple pour travailler avec une orthophoniste, c'est forcément avec l'extérieur, ou sage-femme ou autre »

Quant au **réseau professionnel concernant les médecins ou kinés extérieurs à la MSP**, ou structure pour M4, pour certains interrogés il est relativement **peu développé**.

- K3 « *j'ai aucun, aucun contact avec des médecins de de la CPTS ou du moins qui sont actifs dans la CPTS »*
- K5 « *j'ai pas encore eu beaucoup de retours sur les autres professionnels »*
- M1 « *je vais moins m'intéresser aux kinés qui qui sont à l'extérieur »*
- M2 « *les autres kinés je, même si on est en rural, je les connais pas bien en fait (...) Quand il y a plus de place ils vont voir ailleurs mais de moi-même je vais pas leur dire allez voir untel ou untel »*
- M4 « *y en a à côté mais je les connais mieux les 6 »*

K1 et K4 eux ne voient **pas de frein à la constitution d'un réseau professionnel extra MSP**.

- K1 « *on fait partie de la CPTS. On fait partie du DAC, et de la filière géronto aussi. »*
- K4 « *ça augmente le réseau. Après, nos médecins quand ils ont des remplaçants, on les connaît, on va créer des liens après, même s'ils s'installent ailleurs si on les revoit (...) même nous, le fait qu'on fasse partie d'une maison de santé, c'est pas pour ça qu'on appelle pas nos kiné qui sont installés tous seuls »*

Certains professionnels **prennent garde à ne pas s'enfermer dans le réseau professionnel intra MSP**.

- K4 « *après sans influencer le choix du patient parce que nos médecins, ils conseillent tout le monde* »
- M3 « *je me permets de donner un nom ou d'orienter uniquement si le patient le demande (...) on a tout fait pour laisser le libre choix aux patients* »
- M5 « *même ceux qui sont à l'extérieur, je travaille avec tout le monde (...) sinon vous vous mettez à dos des gens* »

5. Satisfaction relative aux prescriptions

a. Impact de la MSP

Globalement les kinésithérapeutes étaient **plus satisfaits par les prescriptions médicales produites par les médecins des MSP.**

- K1 « *les prescriptions sont plus en conformité avec ce que veut la sécu et ce que l'on a besoin* »
- K2 « *mes prescriptions sont plus adaptées ça c'est sûr, mais pas pour tous les médecins du secteur* »
- K4 « *avec nos médecins ça roule bien* »
- K5 « *Je sens vraiment une différence plus entre les médecins qui appartiennent à une maison médicale et ceux qui sont tout seul* ».

L'accessibilité du médecin est l'occasion de corriger ou renouveler les prescriptions de rééducation.

- K3 « *ce qui est plus avantageux dans la maison de santé, c'est que si jamais il y a une ordonnance qui ne convient pas forcément ou si le patient tarde un petit peu à venir et qu'il faut changer l'intitulé, les médecins sont disponibles* »
- M5 « *Le patient n'a pas besoin de revenir pour avoir un renouvellement* ».

Pour certains médecins, la MSP et **l'exercice collaboratif avait été l'occasion d'échanger à ce sujet.**

- M1 « *On en discute quand même facilement avec les kinés (...) ça pousse probablement aussi à prendre un peu plus le temps de détailler l'ordonnance* »
- M3 « *en FMC, on rencontre que des confrères, on ne rencontre pas automatiquement d'autres..., d'autres personnes, d'autres paramédicaux. Donc là on a l'occasion d'échanger aussi bien avec les infirmières que' avec la kiné sur leurs difficultés, sur leur prescription, sur les prises en charge* »

En revanche pour M4 l'exercice collaboratif n'avait pas eu d'effet sur sa pratique « *Non par contre, c'est les différentes journées de formation qui me font changer mes prescriptions* ».

b. Modification des pratiques

L'ordonnance dans sa rédaction a été modifiée, et le point le plus récurrent dans les entretiens était **la quantité de séances** nécessaires.

- K2 « *Maintenant ils ne mettent plus de nombre de séances* »
- K3 « *au niveau des ordonnances quantitatives, ici dans la MSP on en a pas du tout, alors que venant de l'extérieur j'en ai de temps en temps* »
- K5 « *pas de nombre de séances tout ça* »
- M1 « *ordonnance avec le bilan et des séances sans chiffrer* »
- M2 « *Je note plus le nombre de séances* »
- M4 « *le nombre de séances, maintenant théoriquement on ne fait plus* »
- M5 « *Maintenant on ne met plus le nombre de séances* »

Pour certains une **mise en adéquation avec la nomenclature des kinés** avait été faite.

- K3 « *quand je suis arrivé, les médecins n'étaient pas forcément au courant de notre nomenclature aussi, donc ils prescrivait, avec des pathologies très précises ou alors très très vagues, et en fonction des patients, bah c'était plus ou moins dérangeant. Par exemple pour une tendinite de la coiffe des rotateurs, nous on a dans notre nomenclature..., on a un certain nombre de séances qu'on peut pas dépasser... »*
- M2 « *on aimait bien nous les médecins marquer « rééducation à la marche » bon ils nous ont dit ça va pas quoi est-ce que tu peux plutôt mettre ça »*

Certains médecins prenaient bien garde à **ne pas être dirigistes dans la rédaction** de leurs ordonnances avec la mise en œuvre d'un protocole par exemple.

- M3 « *j'aime pas trop marquer ce qu'ils doivent faire »*
- M4 « *dans les prescriptions médicales, il y a de moins en moins de conseils, sauf chez les spécialistes, les orthopédistes »*
- M5 « *je ne mets pas beaucoup d'indications justement »*

L'anamnèse et le partage des examens paracliniques revenaient également auprès de M1 et M4.

- M1 « *un texte explicatif de tout ce que de tout ce que je voyais à l'examen (...) des examens complémentaires »*
- M4 « *j'essaie de détailler un peu (...) je demande au patient de prendre aussi en général ses différents examens paramédicaux pour le kiné »*

c. Processus mis en œuvre

On distingue des **processus d'apprentissage issus de la MSP et de l'aspect collaboratif institutionnel.**

- K1 « *On a déjà notre réunion mensuelle qui fait que si on a un souci on en parle* »
- K2 « *On a fait des petites réunions avec des médecins gériatres de soins palliatifs* »
- K4 « *le fait qu'on ait des réunions ensemble, ça permettait de pouvoir leur dire « quand vous précisez rééducation à la marche écrivez bien équilibre » des choses comme ça* »

Mais également des processus d'apprentissage issus de la MSP mais sans cadre formel.

- K2 « *avec eux j'ai communiqué sur ce que j'attendais (...) avec eux j'ai communiqué sur ce que j'attendais* »
- K3 « *clairement, y avait rien d'officiel, c'était que sur certaines ordonnances où ça m'est arrivé de retourner voir un médecin pour lui dire que ça coïncitait par rapport à la rééducation que je vais devoir pratiquer, et ça s'est fait au fur et à mesure* »
- K4 « *ils communiquent aussi entre eux* »
- M1 « *d'en discuter directement* »
- M2 « *on discute* »

Il existe aussi des apprentissages personnels, propres aux praticiens.

- M1 « *il y avait un petit document émit par les kinés sur des bonnes pratiques de prescription (...) mes prescriptions elles ont aussi évolué en fonction de la formation* »
- M4 « *c'est les différentes journées de formation qui me font changer mes prescriptions* »

d. Pistes d'améliorations

Relativement peu de pistes d'amélioration ont été évoquées par les interrogés, **quant aux prescriptions** générées par les médecins de MSP

- K2 « *pour le moment moi j'ai vraiment ce que ce que j'attends dans mes prescriptions avec eux* »
- K3 « *Là maintenant plus grand chose parce que bon, c'est un travail qui a été fait en amont aussi* »).

K4 évoque une réactivité trop lente des médecins : « *La rapidité peut être* » ; mais K5 est celui parmi les kinés qui formulait plus de souhaits : « *la mention domicile, weekend et jours fériés pour les kinés respi pour la pédiatrie (...) une communication sur les imageries* ».

Les médecins également avaient peu de propositions d'améliorations dans la rédaction de leurs ordonnances.

- M1 « *Je sais pas si il faut laisser un espace pour que le service administratif de la sécu puisse pas voir les infos médicales* »
- M2 « *la NGAP chez les kinés peut-être que ça colle un peu plus à ce qu'ils peuvent se faire rembourser peut-être en soins* »

6. Temps collaboratif

a. Temps d'échanges entre professionnels de la MSP

Le fonctionnement même d'une maison de santé était ressenti comme impactant en termes de temps par K1 et K2.

- K1 « *ça demande du temps quand même. Parce que toutes ces réunions tous ces trucs là ça quand même c'est chronophage* »
- K2 « *on a des réunions, donc oui, ça prend du temps, c'est chronophage* »

En dehors des réunions institutionnalisées, il ne ressort pas des interrogatoires conduits que les praticiens créent plus de temps pour la collaboration, mais que les temps morts sont davantage employés comme temps d'échanges et de collaboration.

- K3 « *Ça dégage pas du temps, je dirais, ça crée des occasions, on se croise, donc on en discute, mais sur le planning il y a pas de temps alloué aux discussions* »
- K4 « *On essaie d'être au même moment dans la salle café* »
- K5 « *Ça me prend pas de temps parce que je suis en pause* »
- M1 « *on mange ensemble on profite pour discuter* »
- M2 « *on voit dans les couloirs on se voit à la pause-pipi on se voit à la pause-café* »

Pour K3 et M4 la proximité était même pourvoyeuse de gain de temps.

- K3 « *le fait qu'on soit pas obligé de patienter 5-10 Min 1/4 d'heure au téléphone pour essayer d'avoir un médecin extérieur directement, ça me permet quand même, d'améliorer un peu la communication* »
- M4 « *pas être tout seul paumé en disant « Bah attendez Monsieur, je vais me renseigner, je vous rappellerai par la suite », en fait derrière, en fin de journée, tu te rajoutes une charge de travail de 10-15 Min pour aller débriefier les trucs* ».

b. Temps d'échanges entre professionnels hors MSP

Les interrogés vont tous dans le sens d'un **temps d'échanges moindre** voire moins privilégié **avec les acteurs extérieurs à la MSP** dans laquelle ils exercent.

- K1 « à l'extérieur au DAC à la CPTS, heureusement on se partage hein, c'est pas toujours les mêmes »
- K3 « sur mes différents remplacements, comme on communiquait pas avec les médecins extérieurs, globalement on peut pas enlever du temps là où il n'y en avait pas de toute façon »
- K5 « quand on n'est pas avec le praticien c'est tout de suite faire des démarches des courriers, ça prend ¼ d'heure d'aller envoyer un message (...) avec les médecins de l'extérieur j'ai pas de temps »
- M2 « on procrastine un peu quand c'est pas vraiment nécessaire quand c'est pas vraiment urgent, ben parce que le temps ça nous manque quoi »
- M3 « ni eux ni moi, on a le temps d'aller boire un pot le soir »
- M4 « c'est quand je les croise »

VI. DISCUSSION

A la suite de ces entrevues, il ressort que la communication est aisée au sein des MSP. Grâce au cadre institutionnel mais également via des échanges informels et directs, sans protocoles, avec simplicité. Les patients ne conservant une place de messenger qu'en cas de rééducation sans accroc. D'autres outils de communication sont également mis en œuvre mais sont professionnels-dépendants.

Ces éléments divergent du constat initial interrogeant la collaboration entre professionnels. En revanche on ne perçoit pas de différence dans les motifs d'ouverture de discussion.

Pour ce qui est de la connaissance mutuelle des professionnels, de leur compétences et formations complémentaires, l'exercice en MSP semble bénéficier davantage aux médecins envers les kinés, via un le cadre formel de la MSP avec les réunions et la formation universitaire d'internes, mais également par les échanges directs, la proximité du cabinet des paramédicaux.

Toutefois ces résultats sont à mettre en perspective avec l'expérience antérieure des professionnels ou la préexistence d'un cabinet de groupe à la MSP.

L'exercice en MSP était à la base d'une relation confraternelle voire amicale entre les acteurs, avec des activités récréatives partagées en dehors de la MSP. L'exercice collaboratif serait issu, ET générateur de confiance entre professionnels. Pour la majorité des acteurs il s'agissait d'un lien privilégié en comparaison de la relation développée avec les professionnels extra-MSP. L'effacement du lien de subordination semble être davantage le fait d'un renouvellement des générations.

Encore une fois il peut exister une confusion dans l'analyse causale de cette relation. L'exercice en groupe non collaboratif serait à analyser également.

Pour ce qui est de la constitution d'un réseau professionnel, l'exercice en groupe collaboratif est d'une précieuse aide. Ce réseau semble suffire, être préféré par les professionnels, sans constituer un élément d'enfermement du patient, ni être un frein à cultiver des relations professionnelles hors de la MSP, quand certaines spécialités ou professions ne sont pas présentes sur site.

Les kinésithérapeutes de MSP semblaient plus satisfaits des prescriptions rédigées par les MG de leur structure, tant sur l'aspect quantitatif que la mise en adéquation avec leur nomenclature d'actes, voire la communication d'examen complémentaire ou l'anamnèse.

L'amélioration de la qualité des prescriptions relevait de l'aspect collaboratif institutionnel avec des présentations en réunions des attentes, mais également du fait de la proximité et l'accessibilité des médecins.

Pour ce qui est du temps de disponibilité des professionnels pour collaborer, ceux-ci se sentent tout autant contraints, mais encore une fois cette proximité permet une optimisation des « temps-morts » de la journée entre les acteurs de la MSP.

Sur les différents aspects de la collaboration entre médecins généralistes et kinésithérapeutes, détaillés au préalable à cette étude, on peut constater que l'exercice en MSP participe à améliorer la collaboration entre les acteurs.

Les résultats vont dans le sens du pressentiment qu'avait pu avoir des professionnels mentionnant les MSP comme une solution pour améliorer de la collaboration entre MG et MKDE (30).

De ce point de vue un des objectifs visés dans la création des MSP est atteint : améliorer la coordination et la qualité de prise en charge des patients.

En questionnant les relations interprofessionnelles en soins primaires à l'étranger, on constate les mêmes freins à la collaboration, portant sur les connaissances de la physiothérapie, l'investissement personnel ou le temps disponible (39,40). Il semble que l'exercice en structure pluriprofessionnelle soit également perçue favorablement au Royaume Uni (41) quant à l'amélioration de la collaboration.

Si de ce point de vue les MSP concourent à améliorer la prise en charge des patients, d'autres objectifs étaient portés avec le développement de ces structures : la réduction d'inégalité dans l'accès aux soins. Le renoncement au soin touche principalement les précaires, et est huit fois plus important en zone très sous-dotée en MG selon une étude de la DREES en 2017 (42), or les MSP ont tendance à se développer hors des zones prioritaires (33).

Il convient de rappeler que la relation entre les kinés et les MG exerçant en MSP est susceptible d'évoluer. Comme il aura pu être exposé en préambule, les statuts et champs de compétences évoluent. La démographie et la réglementation de l'Etat sont autant d'éléments pouvant influencer les rapports entre les acteurs. Les améliorations du parcours de soin et de la collaboration portés par le développement des MSP, et autres structures collaboratives (ESP CPTS), permettraient aux médecins généralistes de conserver un rôle dans la coordination des soins, et aux paramédicaux de développer de nouvelles pratiques. Cependant certaines pistes de réflexion s'orientent vers une évolution des compétences des paramédicaux sans renforcer la communication, la collaboration avec le médecin traitant comme le laisse penser un rapport de l'IGAS (43).

Les pistes d'amélioration de la collaboration et communication entre les acteurs de soins primaires ne se résument pas uniquement au développement des formes d'exercice collaboratif. Le bilan de kinésithérapie comme outil communication et coordination des soins, dont le succès reste très discutable au regard du retour de terrain des professionnels, reste un élément intéressant pourvu que l'on en facilite la lecture et la réalisation.

Le DMP (dossier médical personnel) est également un outil étatique visant à renforcer la collaboration et le partage de l'information médicale, la coordination, mais depuis sa mise en place initiale à partir de 2004, jusqu'à sa refonte en dossier médical partagé avec le plan « Ma santé 2022 » élaboré par le ministre de la santé de l'époque E. Buysin, il a rencontré un faible succès. Et cela car il a été construit sans les professionnels, et sa complexité le rendait peu accessible (44). L'évaluation du DMP 2022, de son utilité pour la collaboration et communication entre les professionnels sera un élément intéressant à évaluer mais pour l'heure le recul manque.

Développé dans le même temps, à la suite du projet « Ma Santé 2022 » les DAC, dispositifs d'appui à la coordination, gérés par les ARS, centralisent les acteurs médico-sociaux afin d'améliorer le recours et la coordination en soins primaires en cas de situation complexe. (45)

L'amélioration de la collaboration et communications entre acteurs de santé en soins primaires représente un enjeu majeur. Les MSP semblent atteindre cet objectif. Cependant il ne s'agit pas du seul outil mis à la disposition des professionnels pour y parvenir.

VII. LIMITES ET PERSPECTIVES

Sur le plan méthodologique l'étude montre des limites.

Des limites dans sa conception. Le but étant d'évaluer l'influence du mode d'exercice sur la collaboration, l'étude s'est appuyée sur des données qualitatives émanant de travaux en nombre restreint. Davantage de sources aurait permis de renforcer la validité externe des thématiques abordant les freins à la collaboration entre corporations.

Toutefois cela peut également renforcer l'intérêt du travail, en mettant en exergue son caractère novateur.

Sur le plan de la validité interne plusieurs biais sont à noter.

L'échantillonnage est problématique. L'épuisement des répondeurs à l'étude n'a pas permis de construire parfaitement l'étude en miroir, ni d'atteindre une suffisance des données.

Des limites également dans le recueil des données, par une standardisation trop faible du mode de recueil. Les entretiens suivant un questionnaire et une grille thématique prédéfinie, cela peut conduire également à un biais de suggestion dans les réponses.

L'analyse des données, du fait de la nature même de l'étude qualitative porte une part de subjectivité.

Également la diversité des profils des MSP est un biais majeur. Les MSP ont été considérées comme une entité homogène. Or, le profil des interrogés montre bien qu'il existe diverses formes de MSP, multisites, au sein d'un groupe plus étendu, issues de structures préexistantes ou fondées comme telles. Il serait intéressant de

sonder les professionnels ayant une activité homogène afin de pouvoir dégager une validité plus forte des résultats, et éventuellement de pouvoir comparer les différentes formes de structures.

Il serait également intéressant de sonder les professionnels exerçant en groupe pluriprofessionnels ne constituant pas une MSP, afin d'évaluer dans quelle mesure la collaboration diffère de celle d'une structure collaborative.

De même il existe d'autres formes de structures collaboratives, CPTS, ESP, cela pourrait être intéressant de s'intéresser à l'apport de ces modes d'exercice sur la collaboration entre professionnels.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. 2007-1786 décembre 2007
2. Ministère de la Santé et de la Prévention [En ligne]. La stratégie nationale de santé 2018-2022; Disponible: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
3. Ministère de la Santé et de la Prévention [En ligne]. Les maisons de santé; Disponible: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
4. [En ligne]. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) Disponible: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp>
5. [En ligne]. Plus de 200 maisons de santé pluriprofessionnelles en Hauts-de-France; Disponible: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/plus-de-200-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-en-hauts-de-france>
6. [En ligne]. Constitution d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP); Disponible: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisation-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-msp>
7. [En ligne]. Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/exercer-en-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-un-effet-positif>
8. Monet J. Naissance de la kinésithérapie et de la physiothérapie. L'émergence des instituts de rééducation (1880–1915). Journal de Réadaptation

- Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation [En ligne]. 1 déc 2010 ;30(4):167-76. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0242648X10001362>
9. Kinésithérapie, une evidence based practice ? [En ligne]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2019 Disponible: <https://www.ordremk.fr/actualites/patients/kinesitherapie-une-evidence-based-practice/>
 10. [En ligne]. Droit de prescription des masseurs-kinésithérapeutes; Disponible: <https://www.ameli.fr/flandres-dunkerque-armentieres/pharmacien/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/droits-prescription/droit-prescription-masseurs-kinesitherapeutes>
 11. [En ligne]. Accès direct au kinésithérapeute : promulgation de la LFSS 2022; Disponible: https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2021/12/acces-direct-au-kinesitherapeute-_promulgation-de-la-lfss-2022.html
 12. Lombalgie aiguë, entorse : bientôt l'accès direct en kinésithérapie [En ligne]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2019 Disponible: <https://www.ordremk.fr/actualites/patients/lombalgie-aigue-entorse-bientot-laccés-direct-en-kinesitherapie/>
 13. LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 (1). 2021-1754 décembre 2021.
 14. Accès direct : les avis des kinés [En ligne]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2019. Disponible: <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/acces-direct-les-avis-des-kines/>
 15. Remondière R, Durafourg MP. Regards sur la kinésithérapie en 2018. Santé Publique [En ligne]. 2018 ;30(6):869-76. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-6-page-869.htm>
 16. La démographie des kinésithérapeutes en 2022 [En ligne]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2023 [cité le 7 févr 2023]. Disponible:

<https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/la-demographie-des-kinesitherapeutes-en-2022/>

17. [En ligne]. D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; [cité le 7 févr 2023]. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/dici-2040-les-effectifs-de-masseurs-kinesitherapeutes>
18. Conseil National de l'Ordre des Médecins [En ligne]. La démographie médicale; 17 avr 2019. Disponible: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
19. [En ligne]. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>
20. Battistoni J. La médecine générale, une profession d'avenir ! Les Tribunes de la santé [En ligne]. 2022 ;73(3):17-28. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-3-page-17.htm>
21. [En ligne]. Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-facteurs-demographiques-contribuent-la-moitie-de-la-hausse-des>
22. [En ligne]. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/le-vieillissement-de-la-population-entraîne-une-hausse-des>

23. Da Silva N. Médecine libérale : vers une prolétarisation du travail médical ? L'Économie politique [En ligne]. 2018 ; 80(4):62-75. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-l-economie-politique-2018-4-page-62.htm>
24. Le Quotidien du Médecin [En ligne]. Négociations conventionnelles : la Cnam propose de nouveaux tarifs de revalorisation des consultations et revoit la copie du CET. Disponible: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/honoraires/negociations-conventionnelles-la-cnam-propose-de-nouveaux-tarifs-de-revalorisation-des-consultations>
25. Delbrouck M. Le burn-out du médecin soignant. Sens-Dessous [En ligne]. 2017 ;19(1):5-18. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-sens-dessous-2017-1-page-5.htm>
26. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi JC, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Santé Publique [En ligne]. 2009 ;21(4):355-64. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-4-page-355.htm>
27. [En ligne]. Article R4321-2 - Code de la santé publique - Légifrance. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LE-GIARTI000020953322/
28. Décret n° 2009-955 du 29 juillet 2009 relatif au bilan kinésithérapique. 2009-955 juillet 2009.
29. Bouchoou V. Les freins à la relation médecins généralistes-kinésithérapeutes : étude qualitative auprès de kinésithérapeutes. 7 juin 2018. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01925765>
30. Begaud P. Identification des freins et des pistes d'améliorations de la relation médecin généraliste-kinésithérapeute : une étude qualitative auprès de kinésithérapeutes [other, en ligne]. Université de Rennes 1; 2021. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04032518>

31. Delauney E. Relations médecins traitants -kinésithérapeutes : évaluation des perceptions des kinésithérapeutes libéraux par la méthode du Focus Group [En ligne] Archive des Bibliothèques universitaires de Nantes. Disponible: <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=8b359a76-4b12-47d8-83ad-9a97d3229e5e>
32. Grabli N. Étude qualitative par focus groupes sur la relation entre les médecins généralistes et les masseurs kinésithérapeutes : échanges interdisciplinaires entre professionnels de santé pour améliorer la communication et la prise en charge des patients en soins primaires. 29 nov 2018 ;275. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02969667>
33. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. Revue française d'administration publique [En ligne]. 2017 ;164(4):887-902. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2017-4-page-887.htm>
34. Moyal A. Rationalisation des pratiques professionnelles en maisons de santé pluriprofessionnelles. Le paradoxe d'un exercice libéral sous contraintes. Revue française de science politique [En ligne]. 2019 ; 69(5-6):821-43. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2019-5-6-page-821.htm>
35. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 1 - Choisir une approche d'analyse qualitative. Dans: L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [En ligne]. Paris : Armand Colin; 2012 . p. 13 32. (Collection U). Disponible: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-p-13.htm>
36. Gelin Z, Simon Y, Hendrick S. Comment donnons-nous sens à notre vécu d'événements si-gnificatifs de vie ? Illustration de la méthode IPA appliquée à l'analyse des processus de changement dans le cadre d'une thérapie multifamiliale. Thérapie Familiale [En ligne]. 2015 ;36(1):133 47.

Disponible: <https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2015-1-page-133.htm>

37. Ribau C, Lasry JC, Bouchard L, Moutel G, Hervé C, Marc-Vergnes JP. La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. Recherche en soins infirmiers [En ligne]. 2005 ;81(2):21-7. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-2-page-21.htm>
38. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers [En ligne]. 2010 ;102(3):23-34. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>
39. Paz-Lourido B, Kuisma RME. General practitioners' perspectives of education and collaboration with physiotherapists in Primary Health Care: a discourse analysis. J Interprof Care. mai 2013;27(3):254-60.
40. Steihaug S, Paulsen B, Melby L. Norwegian general practitioners' collaboration with municipal care providers - a qualitative study of structural conditions. Scand J Prim Health Care. déc 2017;35(4):344-51.
41. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Inter-professional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. J Public Health (Oxf). déc 2015;37(4):716-27.
42. [En ligne]. Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/renoncement-aux-soins-la-faible-densite-medicale-est-un-facteur>
43. [En ligne]. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>

44. Ministère du travail, de la santé et des solidarités [En ligne]. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Le rapport sur le dossier médical personnel (DMP); 5 juill 2024 Disponible: <https://www.stic.sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/le-rapport-sur-le-dossier-medical-personnel-dmp>
45. [En ligne]. DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination; 25 avr 2024. Disponible: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/dac-dispositif-dappui-la-coordination>

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes traditionnels.

Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pairs.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

AUTEUR : Nom : LAINE

Prénom : Antoine

Date de soutenance : Mercredi 16 octobre 2024 à 14H00

Titre de la thèse : Impact de l'exercice en MSP sur la collaboration médecins généralistes – kinésithérapeutes. Une étude qualitative en miroir par entretiens semi-dirigés

Thèse - Médecine – Lille 2024

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : MSP - Collaboration – kinésithérapeute(s) – Médecin(s) généraliste(s)

Résumé :

Des études portant sur la relation entre les médecins généralistes (MG) et les kinésithérapeutes (K) ont permis de révéler des freins à la collaboration. Les années 2010 ont vu se développer de nouvelles formes de structures d'exercice, voulues plus collaboratives.

L'objet de cette étude est d'analyser la relation entre MG et K exerçant au sein de ces nouvelles structures, ici les MSP.

Il s'agit d'une étude qualitative en miroir. Les entretiens individuels semi-directifs ont été menés auprès de MG et de K exerçant en MSP. La grille d'entretien suivait les thématiques découlant des travaux d'études précédemment conduits. Les données ont été doublement encodées manuellement puis analysées.

Cinq entretiens de chaque corporation ont été analysés. Les thèmes abordés comportant les freins connus à la collaboration entre K et MG étaient la communication entre acteurs, la connaissance des compétences et de la discipline d'autrui, les relations entre professionnels, le réseau professionnel, le temps collaboratif. Il ressort de ce travail que si des limites peuvent persister la forme d'exercice en MSP participe à l'amélioration de la collaboration entre professionnels. Ces résultats sont pondérés par les formes diverses d'exercice, le parcours professionnel des participants.

L'exercice professionnel en MSP semble participer à l'amélioration de la collaboration entre MG et K.

Composition du Jury :

Président : Pr Vincent TIFFEREAU

Assesseurs : Dr David WYTS – Dr François WUYDIN – Dr Alain CHEVUTSCHI

Directeur de thèse : Dr François WUYDIN